

大田区重症心身障がい児(者)等在宅レスパイト事業実施予定報告書兼実施結果報告書

利用者	氏名		実施者	事業所	
	住所			訪問看護師名	

**実施予定**

実施予定日	年 月 日	開始時間	午前・午後	時	分
		終了時間	午前・午後	時	分

看護内容

①点滴管理	有・無
②酸素療法	有・無
③人工呼吸器	有・無
④気管切開の処置	有・無
⑤経管栄養	有・無

⑥褥そうの処置	有・無
⑦カテーテル	有・無
⑧その他	
( )	有・無
( )	

**実施結果**

年 月 日

実施日	年 月 日	開始時間	午前・午後	時	分
		終了時間	午前・午後	時	分

看護内容

①点滴管理	有・無
②酸素療法	有・無
③人工呼吸器	有・無
④気管切開の処置	有・無
⑤経管栄養	有・無

⑥褥そうの処置	有・無
⑦カテーテル	有・無
⑧その他	
( )	有・無
( )	

利用者記入欄(要望、気づいた点、区への連絡事項等がありましたらご記入ください。)

利用者

印

事業所名称

印

代表者 氏名